

ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死)予防のための連携用紙

[歯科⇨医科]

(返信用) 平成 年 月 日

紹介施設: _____

医師名: _____ 先生

この度は、患者 _____ 殿の ARONJ 予防のために当院へご紹介いただきありがとうございます。

当院での診療状況は下記の通りです。

歯科疾患の(治療開始前・治療中)です。

骨吸収抑制剤の投与を待てない状況とのことですので、早急に口腔内の感染源除去を行っていきます。歯科治療及び口腔ケアの大切さの指導を宜しく願います。

歯科疾患の(治療開始前・治療中)です。

骨吸収抑制剤の投与に猶予があることですので、治療終了まで約 () ヶ月の投与をお待ちいただければ助かります。

歯科疾患の治療は終了し、口腔ケア継続中です。

骨吸収抑制剤の投与を待つ必要性はないと思います。ARONJ 予防のため口腔ケアの大切さの指導も宜しく願います。

備考 _____

※ 骨吸収抑制薬の投与の休薬については様々な議論があります。侵襲的歯科治療前の休薬を積極的に支持する根拠に欠けているようです。しかしながら4年以上内服している場合は顎骨壊死の発生が増加するデータもあります。口腔外科学会では骨折リスクを含めた全身状態が許容すれば2か月前後の休薬について協議、検討することを提唱しています。

予防休薬以外の対策では歯科治療前の感染、予防が重要であるとされています。ご迷惑おかけしますがご配慮宜しく願います。

施設名 _____
担当歯科医 _____ 印